

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

408

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Pierre PAUMELLE

Né au HAVRE, le 7 Août 1891

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur, Croix de Guerre, Croix de Saint-Georges

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris (Médaille de bronze de l'A. P.)

Assistant de la Clinique Nationale des Quinze-Vingts



LA HERNIE DE L'IRIS

Son Traitement par la Création d'un Ptérygion artificiel

Président de Thèse : M. le Professeur De LAPERSONNE

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 49

—
1922

804

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

408

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Pierre PAUMELLE

Né au HAVRE, le 7 Août 1891

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur, Croix de Guerre, Croix de Saint-Georges

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris (Médaille de bronze de l'A. P.)

Assistant de la Clinique Nationale des Quinze-Vingts



LA HERNIE DE L'IRIS

Son Traitement par la Création d'un Ptérygion artificiel



Président de Thèse : M. le Professeur De LAPERSONNE

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 49

—
1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER.

ASSESSEUR : M.

PROFESSEURS : MM.

Anatomie descriptive	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Histologie	PRENANT.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Physique médicale	André BROCA.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Bactériologie	BESANÇON.
Physiologie	Ch. RICHET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie externe	LECENE.
Pathologie interne	RENON.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Opérations et Appareils	DUVAL Pierre.
Hygiène	BERNARD Léon.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	MENETRIER.
Cliniques médicales	GILBERT.
{ Hôtel-Dieu	ACHARD.
{ Beaujon	WIDAL.
{ Cochin	CHAUFFARD.
{ Saint-Antoine	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique de la Pitié	HARTMANN.
Cliniques chirurgicales	LEJARS.
{ Hôtel-Dieu	DELBET.
{ Saint-Antoine	GOSSET.
{ Cochin	BRINDEAU.
{ Salpêtrière	COUVELAIRE.
Cliniques obstétricales	JEANNIN.
{ Tarnier	SERGEANT.
{ Beaudelocque	JEANSELME.
{ Pitié	TEISSIER.
Clinique propédeutique	P. MARIE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CLAUDE.
Clinique des maladies infectieuses	NOBECOURT.
Clinique des maladies du système nerveux	MARFAN.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	BROCA Auguste.
Clinique infantile médicale	LEGUEU.
Clinique d'Hygiène de la première enfance	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile	De LAPERSONNE.
Clinique des Maladies des voies urinaires	SEBILLEAU.
Clinique gynécologique	
Clinique ophtalmologique	
Clinique oto-rhino-laryngologique	

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	FIESSINGER	LE LORIER	RATHERY
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RETTERER
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RIBIERRE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CHAMPY	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	MATHIEU	STROHL.
CHIRAY	JOYEUX	METZGER	TANON
CLERC	LABBÉ (Henri)	MOCQUOT	TERRIEN
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE.	MULON	TIFFENEAU
DESMAREST		OKINCZYC	VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES FRÈRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur DE LAPERSONNE

Officier de la Légion d'Honneur
Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine
de Paris.

*Témoignage de respectueuse gratitude pour
l'honneur qu'il nous a fait en acceptant
la présidence de notre thèse.*

A MES MAITRES EN OPHTALMOLOGIE

Monsieur le Docteur ROCHOU-DUVIGNEAUD

Ophtalmologiste de l'hôpital Laënnec,

Qui nous a inspiré ce travail. Nous avons passé dans son service plusieurs années. Nous attachons le plus grand prix aux notions d'ordre scientifique et d'ordre pratique dont son enseignement nous a pénétrés. Nous lui devons la plus vive reconnaissance.

Monsieur le Docteur COUTELA

Chevalier de la Légion d'Honneur

Ophtalmologiste des Hôpitaux,

Qui a été pour nous un Maître très aimable. Nous lui devons beaucoup. Il a notre vive et sincère reconnaissance pour l'affectueux intérêt qu'il nous a témoigné.

Monsieur le Docteur CHEVALLEREAU

Officier de la Légion d'Honneur,

Médecin de la Clinique nationale des Quinze-Vingts.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer notre reconnaissance pour la bonne grâce avec laquelle il nous a fait profiter de sa grande expérience clinique et chirurgicale.

Monsieur le Docteur KALT

Officier de la Légion d'Honneur,

Médecin de la Clinique nationale des Quinze-Vingts,

Dont nous nous honorons d'avoir été l'élève pendant deux ans.

Monsieur le Docteur POULARD

Ophtalmologiste de l'hôpital des Enfants-Malades.

Notre premier Maître en ophtalmologie.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

Monsieur le Docteur JEANNE
Monsieur le Docteur HALIPRÉ
Monsieur le Docteur DÉVÉ

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Docteur DARIER
Monsieur le Professeur BROCA
Monsieur le Professeur LETULLE
Monsieur le Professeur POTOCKI

A MES AUTRES MAITRES

Monsieur le Docteur DUCAMP
Monsieur le Docteur PRIEUR
Monsieur le Docteur MÉRIGOT DE TREIGNY
Monsieur le Docteur GIRAUD
Monsieur le Docteur BÉNARD
Monsieur le Docteur BOUSSI
Monsieur le Docteur OFFRET

A Monsieur le Docteur ONFRAY
Ophtalmologiste de l'Hôpital Gouin

*En remerciement de l'amabilité avec laquelle
il nous a prêté une observation que nous
avons utilisée dans cette thèse.*

A Monsieur le Docteur JACQUES LE GRAND
Chirurgien des Hôpitaux de Rouen,
Professeur à l'Ecole de Médecine,

*A qui je dois une profonde reconnaissance
pour les soins éclairés qu'il m'a donnés
pendant la guerre.*

Au moment où certains alliés de notre pays, ou même certains des nôtres veulent que nous oublions, s'élèvent de toutes parts des monuments du souvenir. Que tout ce qui se pense, que tout ce qui se dit, que tout ce qui se fait le soient pour les disparus.

Et alors, pourquoi les thèses destinées à être conservées dans les bibliothèques, ne seraient-elles pas des monuments du souvenir ?

Chers camarades, elles sont toutes belles vos âmes et réunies comme en un faisceau dans notre mémoire, nous les glorifions toutes ensemble ; mais quelle noble tâche pour chacun de nous de détacher une âme de ce faisceau et d'essayer de la faire revivre.

La beauté de l'une d'elle est connue de moi, je veux la dire ?

Robert Lancesseur, mon frère, c'est bien le mot qui définit notre amitié, et il est plus juste encore maintenant que j'ai uni ma vie à celle de ta sœur chérie, l'histoire bien simple de ta vie s'est terminée par une belle page, je la raconterai avec piété :

Le 21 février 1916, la grande attaque allemande sur Verdun s'est déclanchée, l'ennemi fait précéder ses sorties sur nos lignes d'un marmitage d'une violence inconnue jusqu'alors, c'est un véritable pillonnage. Nos régiments en lignes se font tuer sur place, ils sont anéantis.

Le 25 février 1916, le 1^{er} corps arrive à Verdun, le 8^e d'infanterie, où Robert était médecin auxiliaire, cantonne quelques heures dans la soirée, aux casernes Chevert, et part pour Fleury, il passe la journée du 26 sous un bombardement violent.

Le 26 à 21 heures, l'ordre est reçu d'aller relever un régiment en avant de la route Bras-Douaumont. Ce régiment n'existait plus. Le 8^e prit une position d'attente à 200 mètres de la route, dans le ravin au Nord de la ferme de Thiaumont et à un endroit

où le ravin n'est plus vu d'en face. Le 27, au petit jour, le régiment attaqua. Ce fut une avance de 3 à 400 mètres au delà de la route Bras-Douaniont, avance qui fut maintenue malgré de nombreuses contre-attaques.

A 500 mètres derrière les premières lignes, dans ce ravin qui fut appelé le ravin de la Mort, s'installa le poste de secours du 3^e bataillon, le bataillon de Robert Lancesseur ; c'était, hélas ! en pleine zone de tirs de barrage.

Voulant se tenir à proximité du combattant, Robert resta sous un feu d'une densité effroyable, il ne pouvait pas échapper à la mort : la balle d'un fusant qui éclata au-dessus de lui, perfora son casque, lui fractura le crâne et, en quelques heures, il s'éteignit. Un commandant du régiment qui assista à ses derniers instants, le pleurait comme un fils et ne faisait que répéter : « Pauvre Lancesseur ».

D'autres officiers disaient : « Pauvre Bob ». C'était là le nom familier qu'on avait donné à Robert à la popote du 3^e bataillon.

Prenons le carnet de route de Robert, il a été retrouvé, par hasard, quelques jours après dans la boue du ravin et rapporté à sa famille, relisons-en les dernières lignes, elles témoignent de la parfaite tranquillité d'une âme forte au milieu du danger :

« Samedi 26 février, 15 heures.

« Départ à 3 heures du matin.

« M. F... et moi, nous nous faisons donner l'absolution par l'abbé B..., aspirant à la 4^e compagnie.

« Maintenant nous sommes plus tranquilles, bien qu'on sache que le bataillon doit aller à l'assaut à son arrivée et que les boches bombardent terriblement.

« J'écris ces mots à l'abri, dans un fossé, avec quelques brancardiers. Nous avons eu cinq tués et quatre blessés par une

marmite, et je suis resté pour les soigner. Pendant ce temps, le bataillon repéré s'en allait plus loin.

« Après avoir transporté les blessés au poste de secours du régiment, au village de Fleury, nous avons attendu avant de rejoindre le bataillon, parce que le bombardement est devenu terrible et nous sommes couverts de terre toutes les dix minutes. Un petit éclat me blesse superficiellement près de l'œil gauche.

« Tout à l'heure je vais sortir de notre abri improvisé et tâcher de rejoindre le bataillon avant quatre heures, heure à laquelle il doit partir pour la relève, sinon j'aurai beaucoup de mal à le rejoindre, ne m'orientant pas du tout dans ce pays inconnu dont je n'ai pu me procurer la carte.

« Si je ne reviens pas, ce qui est très possible, étant donnée la violence du bombardement, vous saurez, mon cher papa, ma bonne maman, et toi, petite sœur chérie, que je suis mort en chrétien, en faisant mon devoir. Adieu ! adieu ! »

Peut-on concevoir acceptation plus complète du sacrifice suprême.

Mon cher Robert, comme se reflètent bien dans le pur miroir de ton âme raison et vertu de France, qui nous garderont maîtres de nos destinées.

Derrière ton bataillon, à l'endroit où le tir d'artillerie est le plus intense, tu as subi le feu sans être emporté par l'ardeur du combat, tu as fait ton devoir simplement mais héroïquement.

Tes chefs peuvent dire, à juste titre, que tu as été un des rouages de ce beau régiment du 8^e qui a arrêté et fixé l'élan de l'ennemi, alors qu'il semblait vouloir tout emporter et que la situation semblait très grave.

En pleine bataille, les combattants voulurent honorer la mémoire de l'un des meilleurs d'entre eux, ils sentaient que

certains noms doivent survivre, c'est de l'énergie pour ceux qui restent : à un poste de secours que l'on construisit dans le terrain organisé, on donna le nom de Poste Lanceur.

Ne perdons pas les sentiments des heures de combat, construisons sur nos amitiés dévastées, nous qui avons entre les mains le précieux héritage de la Patrie sauvée, n'oublions pas que, s'il nous est donné d'être la vie de la France, la source de cette vie : c'est nos morts.

INTRODUCTION

La question que nous avons prise pour sujet de thèse offre un intérêt d'ordre pratique très net.

La hernie de l'iris est l'aboutissement de bien des ulcères de la cornée, la complication de bien des plaies de la cornée, accidentelles ou opératoires. Elle est elle-même la source de complications de la plus haute gravité.

Un jour que nous voyions M. Rochon-Duvigneaud appliquer le mode de traitement qui fait l'objet de notre travail, nous avons pensé que le pronostic souvent si réservé de la hernie de l'iris devait s'améliorer.

Le mode de traitement dont nous voulons parler ici, est si logique, reste si parfaitement dans l'ordre des choses, qu'il nous a séduit et nous avons demandé à M. Rochon-Duvigneaud de nous permettre de l'étudier et d'en montrer les résultats.

Voici comment nous avons conduit notre étude :

Nous avons, après avoir défini la hernie, montré quand et comment elle se constituait, quelles étaient ses complications.

Connaissant les raisons de ne pas la laisser subsister, nous avons passé en revue les divers traitements proposés.

Suivant l'évolution des idées, nous sommes arrivés à la conception du recouvrement conjonctival, traitement rationnel qui a été déjà largement appliqué, mais croyons-nous, sans le complément qui lui donne toute son efficacité.

Ce complément fait du recouvrement éphémère un recouvrement à demeure, transforme un heureux résultat en un résultat plein de sécurité.

On l'obtient en créant le ptérygion artificiel de M. Rochon-Duvigneaud, but de notre étude.

DÉFINITION

La hernie de l'iris est l'issue de la membrane irienne sous la forme d'une saillie brunâtre ou noirâtre, hors de la coque oculaire constituée en l'espèce par la cornée ou par le bord de celle-ci, la région cornéo-sclérale.

Elle se produira quand une solution de continuité de ces tissus lui laissera le passage libre vers l'extérieur ; la cornée ouverte, il y a rupture de l'équilibre des milieux intra-oculaires et rien ne semble s'opposer à l'issue de l'iris ; mais la solution de continuité du tissu cornéen, si elle est la cause nécessaire, n'est pas la cause efficiente. Il ne suffit pas que la cornée soit ouverte, que l'humeur aqueuse se soit écoulée hors de la chambre antérieure pour que l'iris suive le même chemin vers l'extérieur, il faut que certaines conditions soient remplies, nous allons les décrire en étudiant les processus de formation de la hernie dans les trois cas différents où elle peut se présenter :

Dans les perforations de la cornée consécutives aux ulcères ;

Dans les plaies accidentelles de la cornée ;

Dans les plaies chirurgicales.

DANS LES PERFORATIONS DE LA CORNÉE CONSÉCUTIVES AUX ULCÈRES :

L'ulcère a atteint toutes les couches jusqu'aux plus profondes, le tissu cornéen est considérablement aminci, il est réduit à la membrane de Descemet qui résiste encore, elle est à la merci d'une augmentation de la tension intra-oculaire.

Sous l'influence d'un effort de toux, de cris, d'une brusque contraction des paupières, d'un effort musculaire exagéré, cette augmentation de la tension intra-oculaire se produit, la Descemet se rompt : la perforation est accomplie, l'humeur

aqueuse s'écoule au dehors, la chambre antérieure s'efface, le cristallin est projeté en avant, précédé de l'iris.

Deux éventualités peuvent alors se produire : différentes, suivant la situation de l'ulcère.

Si l'ulcère est central, il est par conséquent au devant de la pupille ; il ne pourra se produire de hernie de l'iris, l'ulcère étant de petites dimensions. Mais cet ulcère est-il large, un prolapsus total peut se produire, il n'y a plus de chambre antérieure, la pupille se ferme par un bouchon d'exsudats, et c'est la perte de l'œil, tout au moins pour la vision. Si un prolapsus partiel se produit, on rentre dans un cas analogue au suivant.

L'ulcère est périphérique — l'iris épaissi par l'infiltration et tapissé par un exsudat proémine hors de la cornée, il contracte des adhérences avec les bords de la perforation et se transforme en un tissu bourgeonnant qui, lui-même, se transformera en un tissu cicatriciel, la pupille sera déformée plus ou moins, suivant le degré d'excentricité de l'ulcère et la chambre antérieure sera partiellement très réduite.

DANS LES PLAIES ACCIDENTELLES DE LA CORNÉE :

Comme dans les perforations par ulcère, quand la cornée est ouverte par un traumatisme, l'humeur aqueuse s'écoule à l'extérieur, la chambre antérieure se réduit, le cristallin et l'iris sont projetés en avant vers la face profonde de la cornée.

Il y a alors différentes éventualités à envisager.

Si la section cornéenne est oblique par rapport à la paroi cornéenne, il n'y aura pas de hernie de l'iris par un orifice dont la direction n'est pas favorable à son passage.

Si la section est perpendiculaire à la surface cornéenne, l'engagement de l'iris est facile.

Les dimensions de la plaie jouent également un rôle, une large plaie facilitant évidemment l'invagination de l'iris.

Si la plaie est centrale, la hernie sera rare, mais si elle se produit, elle pourra réduire la chambre antérieure d'une façon totale et c'est la perte de l'œil par glaucome. Quand la plaie est périphérique, la chambre antérieure sera peu diminuée, mais les conséquences seront d'autant plus funestes qu'elle sera plus voisine de la racine de l'iris et du corps ciliaire.

Comment le prolapsus se produit-il dans les plaies de la cornée ?

L'iris forme un pli qui pénètre entre les lèvres de la plaie cornéenne jusqu'à proéminer en avant de la surface de la cornée et autour de lui un processus de cicatrisation va évoluer qui va donner à l'adhérence de l'iris à la plaie une grande solidité.

DANS LES PLAIES OPÉRATOIRES :

Les conditions favorisantes sont diverses.

Le couteau de Graefe ou la pique ont été retirés trop lentement, l'humeur aqueuse s'est écoulée trop vite, la décompression des milieux intra-oculaires a été brusque. La section a été très périphérique, sclérale et une iridectomie n'a pas été faite.

Les masses cristalliniennes n'ont pas été éliminées soigneusement, elles se gonflent au contact de l'humeur aqueuse et exercent sur l'iris une poussée immédiate ou médiate qui tend à la faire sortir.

Avec Kalt, nous dirons qu'une suture cornéenne n'a pas été faite pour s'opposer au phéno de vaso-dilatation chorôidienne et ciliaire, cause de la hernie, et qu'il décrit ainsi : l'exsudation du sérum est-elle forte elle fait bomber l'iris, les lèvres de la plaie cornéenne faiblement agglutinées, se disjoignent et le flot liquide s'échappe brusquement, entraînant l'iris avec lui. Enfin, ayant eu affaire à un iris qui avait tendance à prolaber, nous avons négligé de le réduire à la spatule.

Quoiqu'il en soit, il y a un certain nombre de précautions à

prendre quand on opère une cataracte pour éviter, autant que possible, une hernie de l'iris. Ces précautions constituent une prophylaxie classique ; mais, malheureusement à cette prophylaxie classique ne correspond pas un traitement classique de la hernie constituée.

Cela se conçoit, d'ailleurs, il est plus facile d'aider la nature quand le processus morbide est en évolution, que de rétablir l'ordre quand les lésions se sont produites et surtout quand elles sont organisées.

Il faut agir, cependant, en présence d'une hernie de l'iris, elle est la source de complications redoutables.

Complications de la Hernie de l'Iris

Les plus bénignes sont l'astigmatisme qui peut être considérable et diminuer très notablement l'acuité visuelle, des phénomènes irritatifs : larmolement photophobie, injection périthératique légère, gêne dans le travail de près.

Les plus graves sont des phénomènes d'hypertension, des phénomènes inflammatoires sur l'œil opéré ou blessé, des phénomènes sympathiques sur l'autre œil.

PHÉNOMÈNES D'HYPERTENSION

Tout enclavement, si minime soit-il, expose à l'hypertonie, au glaucome.

Les modifications qui se produisent au niveau de l'angle irido-cornéen ou des phénomènes d'irritation réflexe, en sont la cause.

« Lorsqu'une plaie accidentelle ou opératoire, dit Morax, intéresse une grande étendue de la cornée, notamment au niveau du limbe et que l'iris se trouve enclavé dans cette plaie, il n'est pas rare de voir, après une période de temps variable, l'hypertonie se développer même en l'absence de tout symptôme infectieux, de tout processus irido-cyclitique, même latent, cette hypertonie secondaire affecte généralement le type chronique avec ou sans accès subaigus, le glaucome absolu est l'aboutissement plus ou moins éloigné de ces lésions et le pronostic doit, par conséquent, être très réservé ».

Dans son Manuel d'ophtalmologie, Fuchs n'est pas moins affirmatif sur les conséquences de la hernie, irienne au point de vue de l'augmentation de la tension intra-oculaire.

PHÉNOMÈNES INFLAMMATOIRES

La hernie de l'iris n'est pas particulièrement la cause d'infection précoce après une cataracte, elle est bien plutôt la cause d'infection tardive.

Et alors, brusquement, se déclare une iridocyclite avec hypopion, qui peut aller jusqu'à la panophtalmie.

« Cette inflammation, dit Fuchs, est due à une lésion insignifiante de l'épithélium qui tapisse la cicatrice. Toute érosion épithéliale permet l'entrée de microbes dans les tissus : si une telle érosion survient sur une cornée ou une cicatrice sans adhérence de l'iris, l'infection produira simplement un ulcère de la cornée ou de la cicatrice, mais si c'est l'iris qui est lésé, les microbes envahiront celui-ci, s'y multiplieront, atteindront le corps ciliaire et produiront une irido-cyclite purulente. »

PHÉNOMÈNES SYMPATHIQUES SUR L'AUTRE ŒIL

Dans son article de l'Encyclopédie française d'ophtalmologie sur l'ophtalmie sympathique, Gamo Pinto considère avec la majorité des auteurs, que la hernie de l'iris est une circonstance prédisposant particulièrement à l'ophtalmie sympathique. Avant l'ère bactérienne, on pensait que les tiraillements de la membrane amenant une irritation continuelle en étaient la cause ; à l'heure actuelle, on est complètement orienté vers l'origine infectieuse.

Et Gamo Pinto écrit : la pratique journalière montre que les enclavements protégés par la conjonctive ou par une cicatrice sont bien tolérés par l'œil pendant des années, ainsi qu'il est facile de le constater dans les cas d'une rupture sous conjonctivale du globe par les effets d'une contusion ou dans les synéchies antérieures consécutives à la perforation des ulcères cornéens à une blessure accidentelle ou à une opération.

Des divers Modes de Traitement proposés et appliqués dans le cas de Hernie de l'Iris

LES TRAITEMENTS MÉDICAUX

L'ÉSÉRINE. — LA PILOCARPINE

Par le myosis, par la diminution de la tension qu'ils provoquent, l'ésérine et la pilocarpine ont put parfois réduire une hernie récente de l'iris ou tout au moins maintenir à l'intérieur du globe un iris qui a tendance à prolaber. Mais sur une hernie ancienne, leur action est évidemment nulle.

LA COMPRESSION

On peut comprendre qu'un iris qui s'invagine à travers un orifice cornéen oblique puisse être maintenu par une pression qui s'exerce d'avant en arrière et accole l'une à l'autre les parois du trajet ; mais si la perte de substance de la cornée a des parois perpendiculaires à la surface cornéenne, la compression ne peut avoir aucune action de réduction, le fond de la hernie s'aplatira et on n'obtiendra rien de plus.

Quand on aura affaire à une hernie ancienne, on aura le même résultat, le prolapsus étant adhérent aux lèvres de la plaie, on n'obtiendra pas le but cherché.

LES MOUVEMENTS D'ÉLEVATION & D'ABAISSEMENT DE LA PAUPIÈRE

On a proposé de faire un massage de la hernie favorable à sa réduction, en produisant des mouvements de rétraction de l'organe provoqués par les mouvements d'élévation et d'abaissement de la paupière supérieure.

Dans une hernie récente, on peut obtenir un résultat par ce moyen, mais dans une hernie ancienne on ne peut l'espérer.

En définitive, avec les modes de traitement médicaux, on aura bien rarement un succès, même dans le cas de hernie récente, parce qu'autour du tissu irien, il se fait un exsudat fibrineux qui provoque une agglutination rapide de la hernie aux lèvres de la plaie et s'oppose à sa réduction.

MODES DE TRAITEMENT CHIRURGICAUX LA RÉDUCTION

C'est à elle que nous avons recours quand la hernie s'est pour ainsi dire produite sous nos yeux, mais c'est un moyen peu sûr, les récidives sont fréquentes.

Dans le cas de hernie ancienne, c'est une méthode dangereuse qui expose à l'infection du segment antérieur de l'œil, et quand il existe des adhérences, le refoulement dans la chambre antérieure est très difficile et un peu brutal.

LA CAUTÉRISATION DESTRUCTIVE

Certains auteurs seraient arrivés à libérer complètement l'iris par les cautérisations au crayon de nitrate d'argent. Terson, dans son rapport de 1908 à la Société française d'ophtalmologie, dit avoir obtenu d'excellents résultats par ce procédé. Il cite le cas d'une hernie considérable que de Wecher avait, par prudence, laissé subsister et qu'il fit disparaître par des cautérisations répétées au nitrate d'argent.

D'autres auteurs préfèrent le galvanocautère.

LA RÉSECTION

Terson conseille, pour réséquer l'iris, de le saisir avec la pince kystectome de Terson père, qui, munie de plusieurs dents à sa partie inférieure concave, s'empare de tout le prolapsus et le maintient solidement sur plusieurs points à la fois ; on peut ainsi faire une bonne résection à la pince-ciseau.

On peut obtenir un bon résultat dans le cas de hernie peu volumineuse et récente.

Dans les hernies anciennes, le procédé est insuffisant et dangereux, car il offre une porte qu'il ne referme pas et l'infection est à craindre.

L'INCISION

Au Congrès de la Société française d'ophtalmologie, tenu à Paris du 6 au 7 mai 1895, M. Grandelement, de Lyon, disait : « Toute hernie abandonnée à elle-même, constitue un danger permanent pour l'œil et la vision, elle menace soit de staphylo-me, soit d'infection. Il faut donc la combattre aussitôt par une intervention chirurgicale.

Puis, comparant les trois procédés : l'excision, la cautérisation et l'incision, il opte pour ce dernier procédé, qui permet à la hernie de s'aplatir, l'humeur aqueuse s'écoulant au dehors.

Excision, incision, cautérisation ont pu donner des succès à ceux qui les ont employées ; mais à ce parti d'interventionnistes s'oppose un parti d'abstentionnistes que nous avons fait prévoir plus haut en disant que par prudence, de Wecker avait laissé subsister une volumineuse hernie de l'iris.

En 1898, Vacher, dans un rapport présenté à la Société française d'ophtalmologie, considère que l'enclavement simple sans blessure de l'iris doit être respecté.

Voici comment il arrive à cette conclusion :

A l'enclavement simple, il oppose l'enclavement compliqué dans lequel l'iris a été arraché, sectionné, dans lequel on verra fréquemment l'ophtalmie sympathique. Pour lui l'enclavement simple sur lequel on intervient, risque fort de devenir un enclavement compliqué et il rapporte des cas où le prolapsus a été

pendant longtemps toléré et suivi d'ophtalmie sympathique du jour où, par cautérisation ou par résection, on tenta de le supprimer.

Mais dans son rapport, M. Vacher laisse penser qu'en s'entourant de toutes les précautions possibles, on peut éviter de transformer la hernie simple en un accident de la plus haute gravité.

Il faut faire une désinfection soignée des culs-de-sac conjonctivaux, il faut recourir à des sutures conjonctivales pour préserver l'iris de toute infection.

C'est là le complément indispensable de toute intervention sur la hernie de l'iris qui rend infiniment rare la complication. Les cas d'ophtalmie sympathique à la suite de résection, que de Wecker et Chevallereau ont cités, à la suite de cautérisations que Trousseau a rapportés, sont des cas dans lesquels il n'avait pas été fait de recouvrement protecteur.

LA CONCEPTION DU RECOUVREMENT CONJONCTIVAL

Vers 1898, Edouard Meyer considérait que l'infection des prolapsus iriens était d'origine exogène et il songe à les protéger. Je ne saurais trop recommander, ajoute-t-il, pour cette protection, la transplantation conjonctivale décrite par Kuhnt.

Ces transplantations conjonctivales, dit ce dernier, peuvent être faites avec un égal succès en cas d'ulcérations ou pour des traumatismes même graves de la cornée. Lorsque le prolapsus irien est ancien, je ne considère pas cette circonstance comme une contre-indication et après avoir excisé le prolapsus, j'opère la transplantation.

Dès 1885, il a donné des descriptions de sa méthode, il en a réglé les indications, il a fait paraître des observations.

Il abrasait dès cette époque la partie cornéenne blessée ou infectée avec une sorte de gouge et la recouvrait d'un lambeau conjonctival.

Schöler paraît avoir été un des premiers à faire ces autoplasties conjonctivales et, en 1876, il en donne des descriptions.

Gorecki rapporte une observation dans laquelle il dit avoir recouvert une vaste plaie cornéenne, après avoir réséqué l'iris, par un lambeau conjonctival détaché par la blessure elle-même.

Da Gama Pinto, Ed. Meyer, Weiss, Norman-Hansen, Snellen ont publié des faits du même genre.

En 1892, à la Société d'ophtalmologie de Paris, Trousseau conclut que la conjonctive est un merveilleux pansement occlusif favorisant la cicatrisation de la cornée.

Le 4 décembre 1894, Meyer, de Wecker, Trousseau, revendiquent chacun l'honneur d'avoir employé le premier l'occlusion conjonctivale : la preuve de la valeur du procédé était ainsi faite.

Nous rappelons que Dupuy-Dutemps a heureusement utilisé le recouvrement conjonctival dans certaines infections lentes consécutives à l'opération de la cataracte.

Nous résumerons le rapport qu'il fit à ce sujet en 1910 au Congrès de la Société française d'ophtalmologie.

Il considérait que la fistulisation de la cicatrice par interposition de tissu (irien ou de capsule) est la cause la mieux établie et la plus fréquente des inflammations intra-oculaires post-opératoires tardives. L'infection se faisant par pénétration à travers la cicatrice vicieuse de germes pathogènes venus de la surface conjonctivale, le traitement de choix est l'oblitération de la fistule par une autoplastie conjonctivale après cautérisation et avivement.

Nous citerons l'utilisation que firent récemment de l'enfouis-

sement conjonctival, Aubaret et Leden ; ils le pratiquèrent dans un cas d'ophtalmie purulente avec ulcère grave et menace de perforation, la conjonctive adhéra au fond de l'ulcère en l'obstruant, déterminant un pterygion supérieur.

Le merveilleux procédé de protection de la cornée qu'est le recouvrement conjonctival a donc donné entre les mains de ceux qui l'ont employé des résultats excellents. A cet élément de succès dans la réduction des hernies de l'iris, il faut en ajouter un autre, la précocité.

Terson dit que l'ophtalmie sympathique est le fait des cas où la plaie est restée longtemps ouverte, où l'intervention a été retardée.

« Nous-mêmes, dit-il, après avoir, sans incidents ultérieurs, réséqué d'énormes enclavements consécutifs à l'extraction simple, avons vu une fois à l'hôpital une irido-cyclite sympathique suivre la résection d'un enclavement qui datait d'une semaine. De tels faits nous obligent à de la circonspection en ce qui concerne l'intervention tardive sur les enclavements iriens ; mais nous avons réséqué un grand nombre de hernies consécutives à une extraction de cataracte peu de temps après l'opération sans jamais avoir vu d'ophtalmie. »

Il faut donc intervenir précocement ; mais est-ce à dire qu'il faille s'abstenir systématiquement en présence d'une hernie ancienne ?

Laisser subsister une hernie est toujours dangereux ; nous avons montré les complications qui menacent l'œil qui en est porteur ; mais la hernie ancienne est-elle justiciable du même traitement que la hernie récente ?

Dans ses grandes lignes, le traitement est le même : certaines considérations doivent, cependant, nous amener à faire varier notre ligne de conduite.

Disons tout d'abord que l'abstention est de règle quand la moindre infection de l'iris est en évolution.

Si la hernie est simple, nullement compliquée, étant ancienne, elle sera organisée très adhérente aux lèvres de la plaie. Dans le cas où elle aura suivi une perforation de cornée, elle remplacera la perte de substance cornéenne, et ce sera alors un processus de guérison, mais loin d'être exempt d'inconvénients.

On ne peut donc espérer rompre les adhérences d'une hernie ancienne, on réséquera donc non seulement le prolapsus, mais on détruira aussi le tissu cornéen sur lequel elle a ses attaches, il s'ensuivra une perte de substance comparable à celle qui existe quand on résèque le tissu irien hernié à travers un orifice de perforation cornéenne. Il y a par conséquent une réparation de paroi à obtenir qu'un simple recouvrement conjonctival qui tient environ huit jours, ne peut pas permettre.

Mais grâce à un artifice opératoire, que nous allons décrire, on peut demander à la conjonctive plus que la protection passagère à l'abri de laquelle les tissus sous-jacents se cicatriseront sans s'infecter, on peut lui demander de participer à la réfection de la paroi qui se répare derrière elle, de façon à opposer une barrière définitive d'une part au prolapsus irien qu'on a excisé et qui tend à se réengager dans l'orifice de sortie, d'autre part au germe infectieux qui tend à pénétrer par ce même orifice qui est un orifice d'entrée.

Pour obtenir ce résultat, M. Rochon-Duvigneaud nous a appris à pratiquer un procédé opératoire dont nous allons décrire la technique.

Description de la Technique de Création d'un Ptérygion artificiel

Désinfection. — Instillation de quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 4 p. 100 dans les culs-de-sac conjonctivaux.

Badigeonnage de la peau avec un mélange à parties égales de glycérine. Teinture d'iode-alcool sans omettre le bord libre des paupières.

Lavage des culs-de-sac avec la solution d'oxycyanure à 1 p. 5.000.

Anesthésie. — De nouveau quelques gouttes de cocaïne à 4 p. 100 sont instillées dans les culs-de-sac conjonctivaux.

Injection de novocaïne à 2 p. 100 (1 cm³) tout autour du limbe.

1^{er} temps. — On sectionne la conjonctive tout autour du limbe et on la dissèque jusque vers l'insertion des muscles droits.

2^e temps. — Avec un fin couteau de Graefe on pénètre au niveau du limbe dans le tissu cornéen, de façon à n'abîmer que les lames superficielles, mais de façon à enlever toute la couche épithéliale sur une surface de deux à trois millimètres tout autour de la hernie à réséquer.

Le grattage à la gouge laissant toujours un peu d'épithélium est insuffisant, il ne faut pas laisser de cellules épithéliales qui proliféreront et empêcheront l'accroissement.

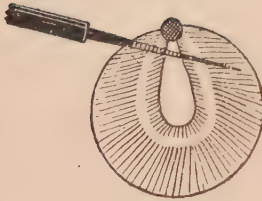
3^e temps. — M. Rochon-Duvigneaud fond autant que possible ce 3^e temps avec le précédent et il résèque pour ainsi dire d'un trait au couteau de Graefe, couche épithéliale cornéenne et tissu irien hernié.

Si on n'adopte pas ce procédé, peut-être un peu difficile à exécuter, on se servira de la pince-ciseaux de Wecker, après avoir saisi le tissu prolapsé avec la pince à iris.

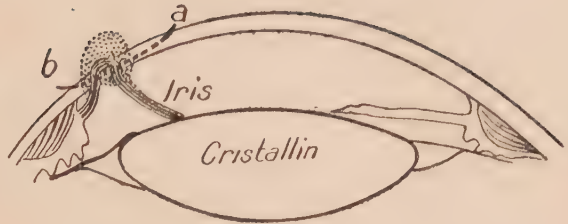
4^e temps. — On détachera le lambeau cornéen qui tient encore par sa base et on pourra aviver à la curette la surface abîmée.

5^e temps. — Dans les lèvres de la plaie conjonctivale, on placera trois fils, en U de préférence. On les nouera.

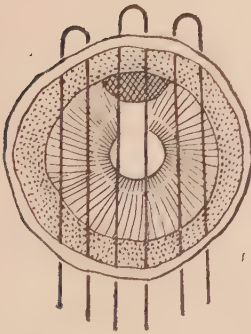
Ces sutures seront disposées soit dans le sens vertical, soit dans le sens horizontal, de manière qu'elles ne soient pas super-



Le couteau de Graefe a pénétré au niveau du limbe. Il est en plein tissu cornéen, de façon à n'abraser que les lames superficielles de la région qui entoure la hernie. Il laissera un avivement sans cellules épithéliales.



En *a*, le couteau est figuré à son entrée ; en *b*, à sa sortie ; entre ces deux positions est marqué en pointillé le trajet qu'il a suivi. Les tissus au-dessus de ce trajet sont les tissus abrasés.



Les fils vont être noués. La partie abrasée de la cornée sera recouverte d'une portion continue de conjonctive,



Le Ptérygion réalisé

posées à la surface abrasée. Celle-ci doit être recouverte par une portion continue de la conjonctive.

Après cinq à six jours, les fils sont coupés, la conjonctive reviendra sur elle-même, sauf au niveau de l'avivement qui reste recouvert de conjonctive qui lui adhère.

Le ptérygion artificiel est créé.

Ce terme pourrait peut-être être discuté : le ptérygion est une entité morbide qui évolue, il se développe en empiétant sur le bord nasal ou temporal de la cornée, ce n'est pas cela évidemment que nous créons, aussi devrions-nous dire plutôt cicatrice ptérygoïde ; mais au point de vue morphologique, cette cicatrice simule si bien le véritable ptérygion que nous garderons le terme de ptérygion artificiel qui fait image.

Avant de donner nos observations de ptérygion artificiel, nous avons voulu voir ce qu'était la cicatrice obtenue en réséquant une hernie récente de l'iris et en faisant un simple recouvrement conjonctival sans abrasion des lames de la cornée.

Nous avons convoqué deux malades opérés il y a quelques mois :

OBSERVATION I (Clinique nationale des Quinze-Vingts).

T... Jules, manouvrier. — Le 6 juin 1922, œil droit.

Le 5 juin 1922, à 18 heures, en coupant du bois, une petite parcelle a été projetée dans l'œil droit.

Examiné le 6 juin, le blessé présente une plaie pénétrante du globe au méridien de 2 heures avec prolapsus irien.

Hyphéma de 3 mm.

Trouble marqué du vitré.

Fond éclairable non perçu.

V = 2/10.

Le prolapsus est réséqué et cette résection est suivie d'un recouvrement conjonctival simple sans abrasion des couches superficielles de la cornée.

Six jours après les fils sont coupés et l'état de l'œil étant excellent le malade sort de la clinique.

Le 31 juillet 1922. — Le blessé n'a pas souffert de son œil droit, l'acuité visuelle est égale à 1, l'état local est bon, mais la cicatrice est mince, transparente, fragile au niveau de la résection irienne.

OBSERVATION II (Clinique des Quinze-Vingts)

G... Georges, 22 ans. — Le 5 août 1922, œil gauche.

Un éclat de pierre aurait été projeté dans l'œil il y a un mois.

Une cicatrice est visible au niveau du limbe et également sur l'iris à IV^h.

Le cristallin est cataracté.

Le 8 août 1922. — Le cristallin est extrait (extraction simple).

Le 11 août 1922. — Au cours d'un pansement, on constate une volumineuse hernie de l'iris à 11 heures.

On la résèque et on fait un recouvrement conjonctival simple.

Le 4 septembre. — Résultat très bon. Les deux lèvres de la plaie se sont coaptées. Acuité visuelle : 6/10 avec un verre de +11 (30° +1).

Ces deux observations nous montrent qu'on obtient dans le cas de hernies récentes un excellent résultat en réséquant la hernie et en faisant un simple recouvrement conjonctival sans avivement du tissu cornéen voisin ; mais il ne faut pas oublier que si le résultat immédiat est très bon, on n'a le plus souvent qu'une cicatrice mince, transparente, fragile. C'est là un état qui n'est pas exempt de risques.

Observations de Malades chez lesquels un Ptérygion a été fait

OBSERVATION I (Hôpital Laënnec)

L. F..., âgé de 44 ans, terrassier.

Le 20 février 1917, en cassant du bois, a reçu un fragment dans l'œil droit. A la suite de ce traumatisme s'est déclaré un ulcère de la cornée vers 5 heures, qui s'étend jusque dans la région paracentrale.

Cet ulcère de la cornée s'est compliqué de perforation et de hernie de l'iris.

Le 26 avril 1917, les phénomènes infectieux s'étant calmés, la hernie de l'iris persistant, elle est réséquée en même temps que les couches superficielles de la région cornéenne qui l'entoure, un recouvrement conjonctival total est fait et suturé par trois fils.

Six jours après les fils sont coupés, peu à peu la conjonctive revient sur elle-même laissant adhérent un lambeau conjonctival dans la région des couches cornéennes abrasées. Le ptérygion est donc réalisé.

Le 20 juillet 1922. — Le blessé est examiné de nouveau.

Il existe un véritable ptérygion occupant environ 1/5 du diamètre de la cornée vers 5 heures.

Le ptérygion est parfaitement toléré.

Pas la moindre injection périkeratique.

La pupille réagit à la lumière et laisse voir un fond d'œil normal. La tension est normale.

Un astigmatisme persiste.

L'acuité visuelle est de 3/10 avec (0° — 4°).

OBSERVATION II (Hôpital Laënnec)

L. A..., 67 ans, fourreuse.

Vient consulter pour la première fois le 1^{er} octobre 1918.

Œil droit.

Myopie forte avec staphylome postérieur, pas de lésions maculaires.

Gros corps flottants.

Opacités du cristallin.

Le 1^{er} juin 1921. — Œil droit. La cataracte est mûre.

Extraction combinée.

Chambre antérieure se reforme bien, mais un petit enclavement de l'angle externe du colobome irien s'est produit.

Le 6 juin 1921. — On constate une augmentation légère de la hernie, un hyphéma de 3 millimètres.

Quelques douleurs.

Le 7 juin 1921. — L'enclavement est dans le même état.

Hyphéma a disparu. Plus de douleurs.

Le 16 juin 1921. — Part en bon état.

L'acuité visuelle est de 1/8 avec un verre de + 8 (30° + 4).

Le 9 novembre 1921. — La malade présente un peu de réaction au niveau de l'enclavement.

M. Rochon-Duvigneaud résèque la hernie du coup de couteau qui vient d'abraser les lames superficielles de la cornée avoisinante.

Un recouvrement conjonctival est fait.

Quand la conjonctive revient sur elle-même, le ptérygion est réalisé.

Le 28 juillet 1922. — Le ptérygion est parfaitement toléré.

L'acuité visuelle est de 1/8 avec un verre de + 8 (30° + 4).

OBSERVATION III (Hôpital Laënnec)

F... Mathilde, 58 ans. — Le 15 octobre 1919, œil droit. Extraction combinée.

Le 18 octobre 1919. — On constate un prolapsus irien à 2 heures, assez volumineux.

Le 28 octobre. — Un ptérygion artificiel est créé, il recouvre la plus grande partie de la région du prolapsus, mais une petite hernie persiste.

Le 10 décembre 1919. — L'acuité visuelle est de 3/50 avec + 8.

On constate une atrophie optique avec des lésions de choréïdite périphérique à travers une membranule.

Le ptérygion est bien toléré.

Pas de douleur, pas de réaction locale.

OBSERVATION IV (Hôpital Laënnec)

G. François, 65 ans, ébarbeur. — Le 10 février 1921, œil gauche.

A la suite d'une blessure de la cornée par éclat de bronze, ulcération centrale avec hypopion, traitée par cautérisation, désinfection voie lacrymale. Immunisol.

Une hernie de la Desemet se produit.

En l'espace d'un mois les phénomènes infectieux se calment.

Le 16 mars 1921. — M. Rochon-Duvigneaud résèque la hernie, abrase les couches superficielles de la cornée qui l'entourent et recouvre de conjonctive d'une façon totale par une suture en bourse.

L'adhérence désirée se produit et la partie abrasée reste recouverte par la tête d'un véritable ptérygion à base inférieure.

Le 30 avril 1921. — L'œil devient très tendu.

Traitement par les myotiques.

Le 2 mai 1921. — L'hypertension se maintient, on décide une iridectomie.

Le 7 mai 1921. — Iridectomie antiglaucomateuse.

Le 10 mai. — Tension normale.

Le 30 juillet 1922. — Le ptérygion est bien toléré, mais étant donnée sa situation centrale, l'acuité visuelle est médiocre.

On pourrait songer dans ce cas à réséquer la base du ptérygion et à ne laisser subsister que la partie greffée qui formerait dès lors un îlot isolé au centre de la cornée.

L'œil est hypotone, il existe une cicatrice filtrante en regard de l'iridectomie antiglaucomateuse.

OBSERVATION V

Y..., 55 ans (malade de M. Rochon-Duvigneaud).

Œil droit. Plaie par éclat de bois en décembre 1920.

En février 1921, le malade, qui n'a été soigné que par des pansements occlusifs et des topiques, présente une petite hernie irienne

à 9 heures, une cataracte traumatique incomplète, de l'injection perikératique, des douleurs et du larmolement — iridocystite lente.

Le 6 février 1921. — Excision au couteau de Graefe de la hernie de l'iris avec abrasion de la zone cornéenne environnante

Recouvrement conjonctival en bourse.

Le 14 février 1921. — Les sutures sont coupées, mais l'adhérence est parfaite au niveau de l'abrasion cornéenne, la surface d'excision est parfaitement recouverte.

Le 11 janvier 1922. — Le ptérygion persiste sans changement.

Toute réaction a disparu.

Il paraît en état de subir l'opération de la cataracte qui s'est complétée.

OBSERVATION VI (Fondation Rotschild).

H. D., 55 ans. — Tuberculeux.

Œil droit, cataracte.

Extraction avec iridectomie.

Il se produit cependant un petit enclavement angulaire de l'iris, qui entretient un certain degré d'irido-cyclite avec injection perikératique persistante, sans modification du tonus et avec conservation d'une bonne projection lumineuse.

Le traitement proposé : établissement d'un ptérygion artificiel sur résection de la hernie irienne pour guérir l'irido-cyclite.

Le 25 septembre 1922. — Excision de la hernie et d'une zone cornéo-limbique environnante, d'un seul coup de couteau de Graefe.

Emboursement conjonctival total.

Le 10 octobre 1922. — Le ptérygion est parfaitement constitué et solide.

Il est trop tôt pour juger de l'effet sur l'irido-cyclite. En tout cas intervention parfaitement supportée.

OBSERVATION VII (Dr René Onfray).

Le Docteur X..., 56 ans, présente une cataracte molle de l'œil gauche associée à un diabète datant d'une dizaine d'années (glycosurie 50 gr. p. l.).

En Novembre 1919 : Iridectomie préparative.

En Décembre 1919 : Opération de la cataracte, incision régulière au niveau du limbe, extraction facile mais après l'aspiration de quelques masses moiles l'opéré s'énervé, se met à serrer les paupières de telle sorte que l'opération doit être terminée hâtivement.

Au quatrième jour, pansement ; on constate alors qu'il existe une petite saillie irienne noirâtre du volume d'une tête d'épingle, vers l'angle supérieur du colobome, côté nasal. Sensation douloureuse, à ce niveau, légère rongeur du globe.

En Janvier 1920 : Notre confrère convaincu du danger qu'il y a à conserver une heure de l'iris, si petite soit-elle, consent à subir une nouvelle opération.

Injection sous-conjonctivale de scurocaïne 2 % avec adrénaline, détachement au ciseau de la conjonctive sur une moitié environ du limbe scléro-cornéen entre 2 heures et 8 heures, des fils sont ensuite passés aux deux extrémités du lambeau conjonctival. Puis abrasion à l'aide d'un fin couteau de Graefe, des lames cornéennes et de la petite saillie irienne, de petits débris d'iris qui restent dans la plaie sont saisis à la pince et très soigneusement coupés à la pince-ciseau, un coup de curette très tranchante achève d'aviver la cornée au delà de la partie incisée et sur le limbe.

Recouvrement conjonctival, les deux fils sont attachés solidement au limbe en face trois heures et de sept heures. Suites opératoires normales, les fils sont enlevés le huitième jour. Toute saillie noirâtre a disparu, il existe une bonne adhérence ptérygoïde au niveau du limbe en haut et en dedans en avant de l'angle supéro-nasal du colobome irien ; un mois après, œil blanc indolore.

Vog. $(75^\circ - 3) + 14 = 8/10$.

$(165^\circ + 3) + 15$, lecture des fins caractères.

29 Mai 1922. — Deux ans et demi plus tard nous revoyons notre confrère, il a repris l'exercice de sa clientèle, son œil droit est maintenant cataracté et il n'utilise que l'œil opéré. Petite saillie blanche ptérygoïde au niveau de l'angle nasal du colobome, pas de tache noire à ce niveau, pas de phénomènes irritatifs, pas d'hyper-tension. Vision excellente 8/10, l'astigmie n'a pas changé.

CONCLUSIONS

Notre étude nous permet d'arriver aux conclusions suivantes :

I. La hernie de l'iris, à cause des complications dont elle est l'origine, semble ne devoir jamais être conservée.

II. On ne peut rien attendre des procédés médicaux. La cautérisation destructive, la résection, employées seules, comportent des risques. Suivie d'un recouvrement conjonctival, elles ne sont pas sans inconvénients.

Si nous enfermons sous un recouvrement du tissu cautérisé, nous risquons d'enfermer des débris d'escharre et nous pensons qu'il y a là un danger.

Si nous protégeons par un recouvrement conjonctival une résection, nous aurons une cicatrice mince et fragile et qui, dans le cas de perte de substance, ne comblera pas le vide laissé par ce qui a été supprimé. En abrasant les lames superficielles de la cornée au voisinage de la hernie, nous obtenons un recouvrement à demeure, une cicatrice ptérygoïde, un véritable ptérygion artificiel.

III. Le ptérygion artificiel, paroi épaisse, solide, bien adhérente, donne une complète sécurité.

Il constitue, pourrait-on dire, la cure radicale de la hernie de l'iris.

C'est, à nos yeux, le traitement de choix à l'heure actuelle.

Vu :

Le Président de Thèse
DE LAPERSONNE

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :
APPELL.

Vu :

Le Doyen :
ROGER

BIBLIOGRAPHIE

DE WECKER. — *Soc. d'opht. de Paris*, nov. 1894. — *Annales d'oculist.* 1894. — Traitement des blessures de la cornée par l'occlusion conjonctivale.

SNELLEN. — Huitième Congrès intern. d'ophtal. Edimbourg, août 1894. — Traitement des blessures chirurgicales et traumatiques de la cornée et de la sclérotique par l'emploi d'un lambeau de conjonctive.

SCHÖLER. — *Jahresbericht der Jahren*, 1876 et 1877.

KUHNT. — *Über die Verwerbarkeit der Bindehaut in paktische und operative Augenheilkunde*, Wiesbaden, 1898, Bergman

Dissertations inaugurales de R. COHN (Konigsberg, 1900) ; DE HAARLAND (Fübringen, 1901) ; DE HARTMAN (Fubingen, 1904) ; DE R. KAHLWEISS (Konigsberg, 1905).

GRANDELEMENT. — Congrès d'opht., mai 1895.

TROUSSEAU — Ophtalmie sympathique et galvanocautère (*Soc. franç. d'opht.*, 1898). — Traitement des blessures de la cornée par l'occlusion conjonctivale. (*Soc. d'Opht. de Paris*, 4 déc. 1894).

PAUL PETIT. — *Annales d'ocult.* juillet 1916.

DARIER. — *Annales d'oculist.* 1914.

MEYER. — *Soc. d'opht. de Paris*, déc. 1894.

GAMO-PINTO.

ROCHON DUVIGNEAUD. — *In Dauban, Thèse de Paris*, 1899.

TRUC. — *Soc. d'opht. de Paris*, 1908.

TERSAN. — *Rapp. à la Soc. d'ophtal. de Paris*, 1898.

DUPUY-DUTEMPS. — *Société française d'ophtalmologie*, 1910.

AUBARET et LEDAU. — Comité médical des Bouches-du-Rhône, 1^{er} novembre 1922.

TERRIEN. — *Traité de chirurgie oculaire*.

